Kasuistische
Beiträge zur Unfalls-Hysterie.

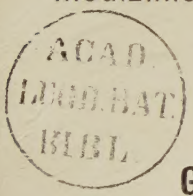
Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät der Universität Rostock



vorgelegt

von

Georg Friedrich Wilhelm Müller

approb. Arzt aus Halberstadt.

Rostock.

Rats- und Universitäts-Buchdruckerei von Adlers Erben, G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Rostock.

Referent: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Schuchardt.

Meinem Vater

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551526_0108

Die Hysterischen gehören im allgemeinen nicht zu denjenigen Patienten, die dem praktischen Arzte besonderes Interesse abgewinnen. Vielmehr pflegt ihnen der vielbeschäftigte Praktiker als einer crux medicorum mit Vorliebe aus dem Wege zu gehen. Darin ist seit etwa zwei Jahrzehnten eine vollständige Wandlung eingetreten; denn seitdem wir wissen, daß sich eine Hysterie an jedweden Unfall anschließen und durch die Verfolgung der eventuell vorhandenen Entschädigungsansprüche zu sehr schwierigen und langdauernden Verhandlungen vor Gericht Veranlassung geben kann, ist es für jeden Arzt unerläßlich, die nötigen Kenntnisse und Urteilsfähigkeit auf diesem Gebiete zu besitzen. Wir stehen geradezu vor der merkwürdigen Tatsache, daß eine Krankheit, welche noch vor einem Vierteljahrhundert niemand kannte, und welche bis dahin in keinem Lehrbuche beschrieben war, heute jeden Augenblick in der Praxis vorkommen kann, und es ist ganz selbstverständlich, daß ein Arzt, welcher das Leiden nicht richtig zu beurteilen vermag, sich in sehr schwierige Lagen bringen kann.

Noch im Jahre 1888 sagt der französische Neurologe Charcot folgendes: „Diese Fälle von traumatischer Hysterie waren mir noch vor

drei Jahren ebenso unbekannt wie allen andern, und doch müssen sie damals auch vorgekommen sein."

Diese Frage, ob die traumatische Hysterie auch früher dagewesen ist, läßt sich nicht ohne weiteres beantworten. Es klingt beinahe komisch, daß eine Krankheit in so kurzer Zeit neu entstanden sein soll; und doch ist die Tatsache in diesem Falle vielleicht unbestreitbar. Es gibt, das unterliegt gar keinem Zweifel, die Unfalls-Hysterie erst von dem Augenblicke an, als man angefangen hat, solche Unfälle, welche sich entweder auf der Eisenbahn oder aber im Betriebe ereigneten, zu entschädigen. Zuerst war es Amerika, welches Fälle der Krankheit lieferte. Die Ärzte Putnam und Walton beschrieben Fälle einer eigentümlichen Krankheit, welche sie Railway-Spine oder Railway-Brain nannten (1883 und 84). Sie beobachteten ein eigentümliches Nervenleiden, welches sich bei Leuten, die auf der Eisenbahn verletzt waren, allmählich oder auch plötzlich heranbildete. Es lag nahe anzunehmen, daß bei diesen Patienten eine Erschütterung der Zentral-Nervenapparate stattgefunden hatte, jedoch erkannten die Autoren, ebenso wie Page, der sich in England mit dem Studium dieser Krankheit beschäftigte, daß eine große Anzahl jener Nervenstörungen weiter nichts sind als Äußerungen von Hysterie, ob es sich nun um Männer oder um Frauen handelte.

In Deutschland stammen die ersten Veröffentlichungen von Oppenheim und Thomsen, welche eine ganze Anzahl von Fällen beobachtet haben. Diese Beobachtungen waren so charakteristisch und wichen

derartig von allen den bisher gemachten Erfahrungen ab, daß Oppenheim vorschlug, solche Nervenkrankheiten, die nach Unfällen entstehen, mit dem Sammelnamen „die traumatische Neurose“ zu belegen. Das Oppenheimsche Werk bietet ein reiches Material, um diesen Vorschlag zu rechtfertigen, immerhin konnte sich der Ausdruck „Traumatische Neurose“ in Ärztekreisen kein volles Bürgerrecht erwerben. Denn Charcot (Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie) wies nach, daß es sich bei solchen Verletzungen, wie sie in Amerika, England und Deutschland beobachtet waren, im wesentlichen doch nur um Hysterie handelte. Er sagt darüber folgendes (pag. 204): „Man gesteht zu, daß ein verweichlichter junger Mann nach Exzessen, schweren Sorgen und Gemütsbewegungen einige hysterieartige Symptome darbieten kann, aber daß ein kräftiger, gesunder, durch keine Überfeinerung entnervter Arbeiter, etwa Lokomotivheizer, der vorher wenigstens dem Anschein nach garnicht nervös war, nach einem Eisenbahnunfalle, Zusammenstoß oder Entgleisung hysterisch werden konnte, und zwar ebenso hysterisch wie eine Frau, das scheint keinem in die Vorstellung eingehen zu wollen. Und doch ist nichts sicherer bewiesen als dieses, und man wird gut tun, sich an diesen Gedanken zu gewöhnen. Es wird damit im Laufe der Zeit gehen wie mit so vielen andern Lehren, die heute als anerkannte Wahrheiten in allen Köpfen herrschen, nachdem sie lange Zeit nur Anzweiflungen und selbst Spott erfahren haben.“

Ich will in dieser Abhandlung, welche den Zweck hat, einige kasuistische Beiträge aus meiner persönlichen Erfahrung zum Kapitel Unfallshysterie zu liefern, nicht eine geschichtliche Darstellung der Lehre von den traumatischen Nervenkrankheiten geben. Es mag die Bemerkung genügen, daß die oben angeführten Worte Charcots bis heute ihre Gültigkeit behauptet haben. Wir wissen jetzt, daß sich an einen Unfall bei vorher vollständig gesunden Menschen ein funktionelles Nervenleiden anschließen kann, das man aus praktischen Gründen auch heute noch nach Oppenheims Vorgang als traumatische Neurose bezeichnen darf. Nur ist natürlich dabei zu beachten, daß nach einem Unfalle nicht eine Nervenkrankheit sui generis entsteht, sondern nur eine der allgemein bekannten großen Neurosen, also eine Neurasthenie, eine Hysterie, eine Kombination beider, genannt Hysteroneurasthenie, oder endlich eine Hypochondrie. In letzter Zeit scheint sich der Ausdruck Unfallshysterie am meisten einzubürgern.

Der Hysterie hat von jeher der Verdacht der Simulation angehaftet. Es ist längst bekannt, daß Hysterische Krankheiten, namentlich schwere Krankheiten, gern simulieren. Der Chirurg weiß, daß von Frauen zuweilen ein Leiden nur deswegen vorgetäuscht wird, um ihn zu einer schweren, eingreifenden Operation zu veranlassen. Die Hysterische will eben, ohne daß sie diese Absicht immer verrät, operiert sein, und dieser Wunsch genügt ihr, um mit allem Raffinement eine Krankheit vorzutäuschen. Daß auch die Gravidität

ohne einen erkennbaren Grund nicht selten simuliert wird, ist jedem Geburtshelfer zur Genüge bekannt. Auch kennt jeder Arzt Hysterische, die sich leichte oder auch gefährlichere, manchmal äußerst schmerzhafte Verletzungen absichtlich beibringen, um sich wegen derselben dann behandeln lassen zu können.

Die Frage, welchen Grund die betreffenden Patienten haben, um die Ärzte zu täuschen, kann nicht immer dieselbe Antwort finden. Manche Hysterische finden vielleicht ihre Belohnung darin, den Arzt aufs Glatteis zu führen und ihn nachher womöglich lächerlich zu machen, andere wollen sich auch ohne Zweifel durch ihre vorgegebene Krankheit dem Arzte interessant machen.

Seit dem Auftauchen des Begriffs Unfallshysterie ist natürlich auch der Verdacht der Simulation wieder besonders rege geworden. Wer auf der Eisenbahn oder im gewerblichen Betriebe einen Unfall erleidet, hat einen Anspruch auf Entschädigung, und mit dem weiteren Ausbau des modernen Haftpflichtgesetzes steht schließlich jedem, der auf irgend eine Weise verunglückt, das Recht zu, denjenigen für seinen Schaden haftbar zu machen, welcher durch seine Fahrlässigkeit den Anstoß dazu gegeben hat. Natürlich werden sich unter den Verletzten solche Elemente finden, welche einen Unfall ausnutzen, um sich eine größere Entschädigung oder dauernde Rente zu verschaffen, und es werden deshalb in Ermangelung einer objektiven Verletzung manchmal allerlei Beschwerden nervöser Art zu diesem Zwecke vorgetäuscht werden.

Infolgedessen hat es in der Tat nicht an Beobachtern gefehlt, welche die ganze Unfallshysterie in das Gebiet der Simulation verweisen wollten. Entsteht wirklich diese Krankheit nur nach solchen Unfällen, welche entschädigungspflichtig sind, so erfordert jeder einzelne Fall eine ganz besondere Prüfung. Wenn jemand einen Unfall erleidet, keinerlei objektive Zeichen davon zurückbehält und nun mit seinen Ansprüchen auf eine Rente hervortritt auf Grund seiner rein subjektiven Beschwerden, so wird er nicht leicht einen Arzt finden, welcher seine Angaben für bare Münze nimmt. Trotzdem geht es entschieden zu weit, jeden Unfallsnervenkranken als Simulanten zu betrachten, und die Annahme, daß wir es hier mit einer neuen, eigentlich nur durch Begehrungsvorstellungen hervorgerufenen Krankheit zu tun haben, bedarf nach allen Richtungen hin einer gewissen Einschränkung.

Es wird durchaus nicht immer leicht sein, zu entscheiden, ob eine wirkliche Krankheit vorliegt oder ob es sich um Täuschung handelt. Wir werden nur da, wo objektive Symptome vorhanden sind, die Simulation mit Sicherheit ausschließen können. Aber sogar das scheinbar objektive Symptom kann unter Umständen simuliert werden. Der Begriff des objektiven und des subjektiven Krankheitszeichens ist bei nervösen Leiden keineswegs festgestellt oder scharf abgegrenzt. So gehören zum Beispiel die Sensibilitätsstörungen der verschiedensten Art zu den charakteristischsten hysterischen Stigmata. Finden wir am Körper halbseitige oder segmentäre Anaesthesieen, in deren Bereich man

eine Nadel bis auf den Knochen einstechen kann, so ist das doch zweifellos ein eindeutiges objektives Symptom. Nur wenige Menschen besitzen die nötige Willenskraft und Selbstbeherrschung, um den Schmerz zu verbeißen, und wenn es sich nicht um einen ganz raffinierten Simulanten handelt, so wird nicht leicht eine charakteristisch begrenzte anaesthetische Zone bei der Untersuchung unveränderlich angegeben werden. Demgegenüber ist es schon viel leichter, fleckweise Hyperaesthesieen vorzutäuschen, eine Tatsache, die bei der Untersuchung natürlich zur Vorsicht mahnt. Auch sonstige hysterische Stigmata, zum Beispiel spastische und schlaffe Lähmungen aller Art, werden von dem einen Untersucher als objektive und von einem andern als subjektive Symptome aufgefaßt. Ähnlich verhält es sich mit dem Tremor manuum: Daß dauerndes Zittern der Hände schwer zu simulieren ist, kann jeder an sich selbst leicht versuchen. Wenn es überhaupt Menschen gibt, die einen stundenlang dauernden Tremor manuum künstlich hervorbringen, so ist dazu eine derart unnatürliche Willenskraft und Willensrichtung erforderlich, daß man ein solches Individuum schon geradezu als geistig abnorm betrachten muß. Hütet man sich nicht, bei der Prüfung der einzelnen Symptome stets gleich zur Diagnose Simulation zu neigen, dann kann man zu den komischsten Irrtümern geführt werden. So finde ich bei Schuster: Zur neurologischen Untersuchung Unfallkranker, Berliner Klinik 1899 Heft 135 p. 23: „Die Bedeutung und der Wert der Sensibilitätsuntersuchungen und der Sensibilitäts-

befunde überhaupt für das zu erstattende Gutachten scheint uns nicht so groß zu sein, als es von den Ärzten vielfach angenommen wird. Vom rein wissenschaftlichem Standpunkte aus verdient der Sensibilitätsbefund selbstverständlich genau ebenso eine diagnostische Wertschätzung und Würdigung, wie jede andere Komponente der klinischen Diagnose. Aber bei den Fällen, die wir jetzt im Auge haben, handelt es sich um funktionelle Krankheiten, bei welchen das Bestehen oder Nichtbestehen einer Sensibilitätsstörung für die Stellung der Diagnose durchaus nicht ausschlaggebend ist, und bei welchen eine Sensibilitätsstörung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ganz und gar nicht in Betracht kommt.

Innig zusammen mit dieser Überschätzung der Sensibilitätsverhältnisse hängt jene vorschnelle und unberechtigte Argumentation der Simulation, welche den Verletzten den spitzfindigsten Sensibilitätsprüfungen unterwirft und ihm aus geringen Widersprüchen in seinen Angaben einen Strick dreht."

Wir lesen noch immer in Gutachten, daß die Nichtübereinstimmung der angegebenen Grenzen der Anaesthesie bei den verschiedenen Untersuchungen, oder daß das Nichtübereinstimmen einer angeblichen kutanen Anaesthesie mit dem intakten Schleimhautgefühl derselben Seite, oder daß das Vorhandensein eines Hautreflexes im Bereich der angegebenen Anaesthesie usw. als ein Beweis der Simulation aufgefaßt wird.

Eine derartige Beweisführung verkennt völlig das Wesen einer jeden bewußten Sensibilitätsempfindung

und damit auch das Wesen einer hysterischen Sensibilitätsstörung.

Wer nur solche Unfallverletzte sieht, die wegen der zu erwartenden Rente Interesse daran haben, ihre Leiden nach jeder Richtung hin zu übertreiben, kann allerdings leicht einseitig werden und oft an Simulation denken, wo nichts weniger als das im Spiele ist. Aber auch nach Ausschaltung aller nur subjektiven, auf ihren wahren Wert hin zweifelhaft erscheinenden Symptome bleibt immer noch ein ganzes Heer von rein objektiven hysterischen Symptomen, die man auf den ersten Blick hin auch für simuliert zu halten geneigt sein könnte. Als Beispiel diene die, gleichfalls von Schuster erwähnte Tatsache, daß die spastische Kontraktion des Musculus erector trunci, wie man sie bei Leuten findet, die an Rückenschmerzen leiden, wiederholt als ein willkürlich und absichtlich simuliertes Krankheitszeichen angesehen worden ist. Ein einfacher Versuch am eigenen Körper zeigt ohne weiteres, daß die genannte Muskelgruppe im Stehen überhaupt nicht willkürlich kontrahiert werden kann, es sei denn, daß die Muskeln der Glutaealgegend und die Flexoren des Unterschenkels mit zusammengezogen werden. Ein Simulant würde außer dem Erector trunci auch andere Muskelgruppen mit kontrahieren. Eine isolierte Kontraktion des Rückenstreckers kann nie vorgetäuscht werden. Man sieht, wie verkehrt ein Arzt handeln kann, der einen Unfallhysteriker des Schwindelns bezichtigt, nur weil er sich die zur wissenschaftlichen Erklärung des Befundes tauglichen Erfahrungen und Kenntnisse nicht

vergegenwärtigt. Für die Ärzte großer Nervenheilanstalten ist es naturgemäß am wenigsten schwierig, den richtigen Standpunkt für die Beurteilung der entschädigungspflichtigen Unfallneurosen zu finden. Vor ihnen erscheinen alljährlich auch viele Hysterische, die nicht Rentenhysteriker sind, sondern denen die ganze Existenz infolge ihres Leidens in Frage gestellt ist, ohne daß sie auf eine Entschädigung von irgend einer Seite rechnen können. Die Krankheit und die Aufwendungen, welche dieselbe erheischt, verschlingt oft das ganze Hab und Gut dieser Kranken, dieselben geraten oft durch ihr Leiden in das größte Elend und haben dabei nicht die Aussicht, von jemand auch nur um einen Pfennig entschädigt zu werden. Alle die Symptome, die solche Hysteriker aufweisen, kann ein Unfallverletzter gleichfalls darbieten. Muß dieser nun ein Simulant sein, nur weil ihm eine Rente zusteht? Hat er die Krankheit, deren Symptome er darbietet, studiert zu dem Zwecke, die Symptome richtig erheucheln zu können und dadurch zu der Rente zu kommen? Der Arzt, der viel einschlägiges Krankenmaterial gesehen hat, stempelt den Unfallhysteriker nicht auch gleich zum simulierenden Rentenbettler. Daß in vielen Fällen das Leiden übertrieben wird, unterliegt keinem Zweifel, deshalb soll aber doch die Frage nach Simulation immer mit Vorsicht beantwortet werden.

Ich beabsichtige, wie bereits oben angedeutet, in dieser Arbeit einige von mir beobachtete Fälle von Unfallhysterie mitzuteilen. Das Gebiet liegt mir um so näher, als ich während meiner Assistentenzeit in

einer Nervenheilanstalt (Kleinen in Mecklenburg) reichlich Gelegenheit gehabt, mich mit dem Studium der Krankheit zu befassen. Die Anstalt bot ein für diesen Zweck besonders geeignetes Material, denn es wurden außer einer großen Anzahl von Patienten, die an rein funktionellen Nervenkrankheiten litten, sehr häufig solche Kranke, welche ein nervöses Leiden durch ihren Unfall davongetragen hatten, zur Behandlung und Begutachtung dahin überwiesen. Unter solchen Verhältnissen ist es, wie gesagt, für den Arzt nicht schwierig, zu erkennen, daß die Nervenkrankheit ganz dieselbe sein kann, ob sie nach einem Unfalle entsteht oder aus irgend einer andern Ursache, ob sie ferner einen eventuellen Entschädigungsanspruch begründet oder nicht. Ich habe dort manche Fälle gesehen, die ohne Zweifel in Simulation bestanden, daneben aber auch eine ganze Reihe solcher Fälle, in welchen sich schwere Formen der Hysterie nach Unfällen entwickelt hatten, ohne daß auch nur der Schein eines Verdachtes auf Simulation hätte entstehen können.

Als Grund für den Ausbruch der Krankheit spielen die psychischen Traumen entschieden keine geringere Rolle als die körperlichen. Steyerthal führt (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1903, Heft 8) ein Beispiel für psychisches Trauma als Ursache der Hysterie an. Es handelt sich um einen 40jährigen Mann, der über selten große Körperkräfte verfügte und der alle Menschen, die ihm gleich stark erschienen, ausnahmslos bezwang. Schließlich wurde er aber doch einmal besiegt. Es war merkwürdig, welche Veränderung mit ihm nun vorging.

Der früher mutige und starke Mann bekam jetzt Angstanfälle, fürchtete sich vor jedem Kinde und wurde so schwach, daß er nicht mehr gehen und stehen konnte. Dazu kamen Schrei- und Weinkrämpfe, kurzum, das typische Bild der Hysterie war fertig. Er wurde jahrelang behandelt, jedoch eine dauernde Besserung war nicht zu erzielen, er bot dasselbe jämmerliche Bild bis zu seinem an Pneumonie erfolgten Tode.

Daraus, daß psychische Traumen Hysterie zur Folge haben können, ergibt sich schon allein die Warnung, nicht jeden Unfallnervenkranken als Simulant zu betrachten, sondern von Fall zu Fall zu prüfen, was simuliert und was nicht simuliert sein kann. Darin liegt die Wichtigkeit dieser Fälle für den praktischen Arzt. Jeden Augenblick kann er zu einem Gutachten über einen solchen Verletzten aufgefordert werden. Wenn auch die Begutachtung solcher Kranken meist den beamteten Ärzten oder Spezialanstalten zugewiesen wird, so pflegt doch der behandelnde Arzt nicht übergangen zu werden, sondern muß ebenfalls um sein Urteil über den Verletzten angegangen werden. Von dem Ausfall der gutachtlichen Äußerung hängt nicht nur die materielle Entschädigung, sondern auch oft die bürgerliche Ehre des Verletzten ab. Es ist mehrfach vorgekommen, daß nervenkranke Unfallpatienten vor Gericht wegen Betruges verurteilt sind, weil man sie für Simulanten gehalten hat, während eine genaue fachärztliche Prüfung ergab, daß keine Täuschung im Spiele gewesen sein kann. Solche Fälle sind von Moebius (Bemerkungen über Simulation

bei Unfallkranken. Neurolog. Beiträge I) und in neuerer Zeit von Steyerthal (Was ist Hysterie?) mitgeteilt worden. Einen in Steyerthals Anstalt beobachteten Fall, eine motorische hystero-traumatische spastische Lähmung, möchte ich hier noch anführen. Der Verletzte war ein 36 Jahre alter Malermeister, der eine Quetschwunde am rechten Vorderarm erlitten hatte. Die Wunde selbst war unbedeutend gewesen, der Mann hatte das Ereignis nicht besonders schwer empfunden, und trotzdem bildete sich im Verlaufe von etwa 6 Wochen eine vollkommen starre, spastische Lähmung des betreffenden Armes und der Hand heraus. Die Hand des Verletzten entspricht vollkommen der Abbildung der Hand eines von Charcot vorgestellten jungen Mädchens, das an einer gleichen hysterischen Lähmung litt. Die Hand des Mädchens hat Paul Richer gezeichnet und Charcot hat die Abbildung (Neue Verlesungen über die Krankheiten des Nervensystems p. 81) veröffentlicht. Der den Malermeister behandelnde Arzt, der die Entstehung der Kontraktur beobachtete und sah, daß kein Mittel dagegen half, schickte den Kranken in Steyerthals Anstalt, wo folgendes festgestellt wurde: Der rechte Arm wurde im Ellenbogengelenke rechtwinklig gebeugt gehalten, an der Beugeseite desselben fand sich eine kleine rote Narbe. Die Hand war im Handgelenke leicht überstreckt, die Finger standen in den Grundgelenken fast rechtwinklig gebeugt, alle anderen Fingergelenke waren steif gestreckt. Der Daumen lag in Streckstellung am Zeigefinger dicht an, so daß die Hand

wie die „Hand des Geburtshelfers“ aussah. Wurde der Arm aus dem Tragetuche herausgenommen, so beharrte er in seiner Beugestellung und begann nach wenigen Minuten intensiv zu zittern. Diese Zitterbewegung setzte zuerst in den Muskelbäuchen der Strecker in der Nähe des Ellenbogengelenkes ein und verbreitete sich allmählich auf den ganzen Unterarm. Der Kranke griff regelmäßig in diesem Augenblicke mit der gesunden Hand zu, um die kranke zu stützen. Die Muskulatur zeigte keine erhebliche Abmagerung. Das Ellenbogengelenk war wenig, das Handgelenk gar nicht beweglich. Die Empfindlichkeit der Haut war am rechten Unterarme herabgesetzt, selbst tiefe Nadelstiche wurden hier nicht gefühlt. Die Zone der gewöhnlichen Hautempfindlichkeit begann am Oberarme und grenzte sich gegen die unempfindliche Partie in einer Linie ab, welche etwa zwei Querfinger oberhalb des Ellenbogengelenkes kreisrund um den Oberarm verlief.

Die Beschreibung, die Charcot von der Hand des oben erwähnten jungen Mädchens gibt, paßte absolut genau auf die Hand des Malermeisters. Charcot beschreibt die Hand folgendermaßen: „Die ersten Phalangen sind gegen die Mittelhand gebeugt, die anderen zeigen nur einen mäßigen Grad von Flexion. Die so als Ganzes gebeugten Finger sind enge gegeneinander gepreßt und bilden eine Art von Kegel, dessen Spitze den Enden der letzten Phalangen entspricht. Der Daumen ist stark adduziert und gegen den Zeigefinger gedrängt.“ Genau so, wie die nicht simulierte Haltung

dieser Hand, war wie gesagt die Haltung und der Zustand der Hand des unfallverletzten Malers.

Das Gutachten, das über den Letzteren abgegeben wurde, besagte, es handle sich hier um eine spastische Lähmung, das Leiden sei nicht simuliert. Im Gegensatz hierzu behauptete nun aber ein zweites, anderweitig abgegebenes ärztliches Gutachten, es handle sich doch nur um Simulation. Daraufhin wurde dem Maler der Prozeß wegen Betruges gemacht, denn er hatte während seiner Krankheit Unterstützungen bezogen, und man glaubte deshalb, die Krankheit sei simuliert. Vor Gericht sagten zwei Sachverständige gleichfalls aus, der Angeklagte simuliere nur, denn solche Form von Lähmung, eine spastische Lähmung, existiere garnicht. Den Ausschlag gab es endlich, daß in der Narkose, der man den Patienten zum Zwecke der Untersuchung unterworfen hatte, die Starre verschwunden war, um bald nach dem Erwachen wieder einzusetzen. Trotzdem stellten zu Gunsten des Angeklagten zwei andere Gutachter, nämlich der behandelnde und der Anstaltsarzt, die Behauptung auf, in diesem Falle bestehe doch eine spastische Lähmung. Ihr Wesen und Vorkommen sei den beiden andern Sachverständigen wohl nur nicht bekannt, sie sei nicht simuliert, ebensowenig wie in dem von Charcot vorgestellten Falle. Aber der Angeklagte wurde verurteilt, besonders auf Grund des Verschwindens der Starre in der Narkose. Würde ein an Paralysis agitans leidender Greis deshalb als Simulant bezeichnet werden dürfen, weil das während des Wachens ununterbrochene

Schütteln der Glieder bei ihm im Schlaf oder in einer etwa vorgenommenen Narkose aufhört? Und hält man ihn nur dann nicht für einen Simulanten, wenn er nicht behauptet, seine Bewegungsstörungen infolge eines Unfalles erworben zu haben?

Dem oben erwähnten Fall des als Simulant verurteilten Malermeisters will ich gleich einen von mir beobachteten Parallelfall entgegen stellen. Das 17jährige Fräulein S. E., Tochter wohlhabender Eltern, war seit ihrem fünften Lebensjahre am linken Beine lahm und war seit der Zeit, also volle 12 Jahre lang, nie einen Schritt gegangen. Sie wies eine spastische Lähmung des linken Oberschenkels auf, der im Hüftgelenk aktiv und passiv so gut wie unbeweglich war. Versuchte man, den immer fast gestreckt gehaltenen Oberschenkel im Hüftgelenk zu beugen, so verursachte das der Patientin anscheinend die ungeheuerlichsten Schmerzen, sodaß sie laut aufschrie. Wegen der Schmerzen konnte sie auch mit Unterstützung nicht gehen. Alle möglichen Untersuchungen ergaben aber keine krankhaften Veränderungen des Gelenkes und der Extremität, außer einer verhältnismäßig unbedeutenden Atrophie der Muskulatur. Geistig war die Patientin normal, es bestanden aber Sensibilitätsstörungen, außerdem litt die Patientin noch an Weinkrämpfen, präsentierte sich auch einige Male morgens mit einer Stoßverletzung in der Umgebung des Auges, die sie sich bei Nacht infolge Ohnmachtsanfalles durch Anstoßen an das neben ihrem Bette stehende Nachttischchen zugezogen haben wollte. Sie wurde als Hysterische behandelt, aber ohne jeden

Erfolg und als ungeheilt entlassen. Geraume Zeit darauf sah ich sie in einer chirurgischen Privatklinik wieder. Sie war eingeliefert, damit nochmals festgestellt werde, ob nicht doch etwa eine pathologische Veränderung im Hüftgelenk bestehe. Die Patientin wurde chloroformiert; erst gegen Ende des Excitationsstadiums löste sich die Starre der Extremität, es ergab sich, daß das Hüftgelenk vollkommen frei beweglich und gesund war. Mit dem Weichen der Narkose trat die Starre wieder ein, noch bevor die Patientin bei vollem Bewußtsein war. Ein später genommenes Röntgenbild ergab gleichfalls nichts Pathologisches. Zwölf volle Jahre, vom 5. bis zum 17. Lebensjahre, ist die Patientin durch ihr Leiden ans Lager gefesselt, sie verbringt die beste Kindheit und die schönste Zeit des Lebens abgeschieden von der Welt. Niemand wird sagen, daß sie simuliert. Ist sie deshalb nicht Simulantin, weil sie keine Rente bezieht? Der Malermeister aber, dessen starre Lähmung in der Narkose auch verschwand, wird als Simulant und Betrüger zu einer entehrenden Strafe verurteilt.

Handelt es sich darum, zu entscheiden, ob bei einer Unfallhysterie die Symptome simuliert werden oder nicht, so wird es vor allem ausschlaggebend sein, festzustellen, daß die Hysterie durch den Unfall, welcher sie auslöst, keinerlei charakteristisches Aussehen gewinnt. Ich möchte daher in folgendem einige Fälle mitteilen, welche typische Unfallhysterieen darstellen. Daß keine Simulationen dabei mitspielen, ergibt sich teilweise schon daraus, daß ganz charakteristisch angeordnete

Sensibilitätsstörungen oder trophische bezw. neurotische Veränderungen vorhanden sind. Die Fälle selbst würden kaum eine besondere Darstellung rechtfertigen, denn bei der überaus großen Verbreitung, welche die funktionellen Neurosen in unserer Zeit genommen haben, hat die Beschreibung einzelner Unfallshysteriker kaum noch eine Bedeutung. Das Wesentliche bei diesen Fällen soll nicht in der Eigentümlichkeit der Krankheitserscheinungen liegen, sondern darin, daß ich jedem Unfallshysteriker einen Parallelfall zur Seite stelle, welcher die gleichen Symptome zeigt, sich weder diagnostisch noch in seinem Verlauf irgendwie unterscheidet, während ätiologisch kein Entschädigungsanspruch in Frage kommt.

Fall I. Michael A. aus L., 39 Jahr, Arbeiter, früher völlig gesund und nie außer Arbeit gewesen, erlitt am 12. August 1906 beim Transport von Zementplatten einen Unfall dadurch, daß ihm beim Abladen eine schwere Platte gegen den linken Arm und auf die drei mittleren Finger der linken Hand fiel und an den Fingern die Haut zerquetschte. Auch die linke Brustseite wurde von der Platte gedrückt. A. erhielt einen Notverband um die Finger, wurde dann von mir verbunden und bis Ende August behandelt und dann als geheilt und arbeitsfähig entlassen. A. arbeitete drei Wochen, gab dann die Arbeit wegen Schmerzen der verletzten Hand, im linken Arm und in der linken Brustseite auf, versuchte aber nach acht Tagen wieder seine Tätigkeit aufzunehmen. Die Arbeit war ihm aber wegen Verschlimmerung der Beschwerden auch jetzt

unmöglich, er gab an, in der linken Hand und im linken Arm gar keine Kraft zu haben, so daß er beim Heben von Lasten nicht zufassen könne; auch habe er ein Gefühl von Taubsein im ganzen linken Arm, in dem sich auch manchmal krampfartiges Zucken und Zittern einstelle, infolgedessen müsse er Gegenstände, die er gerade halte, fallen lassen. Eine große Mattigkeit im ganzen Körper hindere ihn gleichfalls an der Arbeit; er bittet in weinerlicher Stimmung um Hülfe, da er Familienvater sei und verdienen müsse. Die Untersuchung ergibt folgenden Befund:

Mittelkräftiger Mann von mäßigem Ernährungszustand und bleicher Gesichtsfarbe. Die innern Organe sind frei von krankhaften Veränderungen. Die Herzkraft und Herzaktion ist normal, die geistigen Funktionen sind gleichfalls einwandfrei, nur trägt A. ein gedrücktes Wesen zur Schau, das ihm selbst auffällt und früher nicht bestanden haben soll. Die Extremitäten sind vollkommen normal, die mittelmäßig entwickelte Muskulatur von gutem Tonus; Sehnen- und Periostreflexe rechts wie links angedeutet, Patellarreflexe links leicht gesteigert. An der Beugeseite des Zeige-, Mittel- und Ringfingers der linken Hand zeigen sich unregelmäßige Narben von 1—3 cm Länge, die aber nur Hautnarben und leicht verschieblich sind und Kontrakturen der Finger nicht bedingen. Passiv sind die Finger leicht zu beugen und zu strecken, aktiv aber bringt A. die Beugung wie die Streckung nur ganz unvollkommen fertig.

Umfangsmaße:

Rechter Oberarm	25 cm,	rechter Unterarm	26 cm,
Linker „	24½ „	linker „	25 „
Rechte Hand . .	22 „		
Linke „ . .	22 „		

Bei der Untersuchung gerät A. in seelische und körperliche Unruhe, letztere dokumentiert sich in Zittern der linken Hand und der Finger. Außer der leichten Steigerung des Patellarreflexes links, dem Vorhandensein der belanglosen Narbenbildung an den Fingern und der geringen Umfangsdifferenzen der Arme sind aber objektive Symptome nicht zu entdecken. Trotzdem will A. nicht im Stande sein, leichtere Gegenstände mit der linken Hand zu heben. Auf die Aufforderung, einen Stuhl mit beiden Händen anzufassen und anzuheben, faßt er mit beiden Händen zu, hebt aber nur mit der rechten an.

Die Prüfung auf Sensibilität ergibt Mangel an Unterscheidungsvermögen am ganzen linken Arm für warm und kalt, spitz und stumpf; Nadelstiche, die bis 1 cm tief eindringen, empfindet Patient nicht. Auch für den faradischen Strom besteht vollkommene Anaesthesie im linken Arm und der linken Hand. An der ganzen linken Thoraxhälfte ist die Sensibilität gleichfalls, aber nur in geringerem Maße herabgesetzt.

Diagnose: Unfallshysterie.

Patient wird in ambulante medico-mechanische Behandlung überwiesen, nach sechs Wochen keine Besserung, das allgemeine Schwächegefühl nicht gewichen, im Gegenteil sind mehrere krampfartige Anfälle

aufgetreten, auch während der Konsultation treten kurze Absenzen auf. A. wurde in eine Heilanstalt geschickt, aber auch von dort nach zwei Monaten als wenig gebessert entlassen. Die nachgesuchte Vollrente wurde ihm vorläufig bewilligt.

Fall II. Hermann K. aus W. bei Hamburg, Handelsmann, 41 Jahr, verstauchte sich am 16. Juli 1906 den rechten Fuß, fiel dabei zur Erde und schlug mit dem Kopf gegen ein Gartengitter. Er wurde bewußtlos und kam nach einiger Zeit wieder zu sich. Sichtbare Verletzungen waren außer einer geringen, nach einigen Tagen schwindenden Schwellung des rechten Fußgelenkes und einer oberflächlichen Hautabschürfung am linken Handrücken nicht entstanden. Doch klagte K. über Schwindelgefühl, Schmerzen im Kopf, zu welchen Beschwerden sich im Verlaufe von acht Wochen noch Schlaflosigkeit, Unbesinnlichkeit und allgemeine Mattigkeit gesellten. Er verspürt große Schwäche im linken Arm und Bein, so daß ihm das Hantieren sehr erschwert ist und er nur kurze Strecken gehen kann. Er gibt an, daß er seinem Geschäfte nicht mehr nachgehen könne, früher sei er stets gesund gewesen, hereditär sei er nicht belastet. Versichert sei er nicht.

Befund: Großer, kräftig gebauter Mann, Muskulatur gut entwickelt, leidlicher Ernährungszustand, Gesichtsausdruck etwas ängstlich, doch ist das ganze Wesen und die Redeweise bestimmt. Psychische Anomalieen bestehen nicht, Schmerzen beim Beklopfen des Schädels nicht vorhanden. Pupillen mittelweit, gleichweit, prompt reagierend auf Lichteinfall. Der Kopf wird etwas zur

rechten Seite geneigt gehalten. Seh- und Gehörstörungen nicht vorhanden, Sprache und Stimme einwandfrei. Die Brust- und Abdominalorgane sind in keiner Weise krankhaft verändert. Urin frei von Zucker und Eiweiß.

Die aktive Beweglichkeit ist in allen Gelenken und nach allen Richtungen hin ungestört bis auf ein leichtes Hinken mit dem rechten Bein, doch sind die Bewegungen etwas linkisch. Die Arme werden auf Kommando nur ganz matt und unlustig aufgehoben, eine eigentliche Parese besteht jedoch nicht. Während Patient ein Gewicht von 5 Kilo vom Tisch mit der rechten Hand leicht hoch hält, vermag er es mit der linken nicht einmal anzuheben. Die Prüfung der Koordination der Bewegungen, Zielbewegungen mit dem Zeigefinger, sowie Knie-Hackenversuch beiderseits ungestört. Romberg negativ. Fibrilläre Zuckungen sind am rechten Pectoralis major eben auszulösen, am linken treten sie aber sehr deutlich, fast krampfartig auf. Patellarreflex beiderseits leicht auszulösen, links aber viel stärker, sodaß der linke Unterschenkel hoch emporschnellt. Am linken Arm und Bein ist die elektrische Erregbarkeit stark vermindert, die stärksten elektrischen Reize empfindet Patient nicht, während rechts sowie am ganzen Thorax und Bauch bereits auf schwache Ströme reagiert wird. Die Schmerz- und Berührungsempfindlichkeit ist rechts unverändert, links dagegen am Arm und Bein bedeutend herabgesetzt. Unterscheidungsgefühl für spitz und stumpf ist an der ganzen rechten Körperhälfte scharf aus-

geprägt, während man links am ganzen Arm und Oberschenkel bis zum Knie ringsum tief mit der Nadel einstechen kann, ohne daß Patient den Stich beachtet. Der Umfang der Extremitäten ist beiderseits in allen Maßen derselbe.

Diagnose: Hysterie (nach Unfall).

Patient behauptet, wegen der Schwäche im linken Arm, namentlich aber wegen allgemeiner Mattigkeit und Abgespanntheit zurzeit nicht im Stande zu sein, sein Geschäft weiter zu führen. Ein 10wöchentlicher Aufenthalt in einer Heilanstalt besserte den Zustand nur wenig.

Beide Fälle haben vollständige Ähnlichkeit und sind deshalb gegenübergestellt. Bei beiden handelt es sich um Hysterische, beide weisen objektive Symptome auf, bei beiden führt die Krankheit zur Erwerbsunfähigkeit. Fall I ist ein typischer casus traumaticus. Die an den Unfall sich anschließenden somatischen Veränderungen sind so gering, daß man den Verletzten für einen Simulanten halten könnte, wenn nicht die charakteristischen Sensibilitätsstörungen vorhanden wären. Die Diagnose kann nur lauten: Unfallshysterie. Der Patient beanspruchte und erhielt eine Rente. Im Falle II spielt ebenfalls ein Unfall in der Anamnese mit, der Verletzte hat aber keine Entschädigung zu beanspruchen, und doch ist der Betroffene, dessen Krankheit ebenfalls nur Hysterie genannt werden kann, nicht im Stande, seinen Beruf weiter auszuüben.

Fall III. Hermann B. aus F. a. O., Stationsarbeiter, 43 Jahr, fiel am 8. Januar 1904 von einem Eisenbahn-

wagen herunter und schlug mit dem Kopf auf eine Waschbank auf. Er blieb kurze Zeit bewußtlos, hatte sich beim Fall eine Kontusion der rechten Seite und des Hinterkopfes zugezogen. Vom 23. März bis 25. April ist er in der Universitätsklinik zu G. behandelt, wurde dann in eine Heilanstalt aufgenommen. Patient klagt über Kopfweh, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Schwindelgefühl und allgemeine Körperschwäche, die ihm jedes Arbeiten unmöglich macht. Die Untersuchung bei der Aufnahme ergab folgendes:

Kleiner, kräftig gebauter Mann, Muskulatur wenig entwickelt, Ernährungszustand gering, Körpergewicht 106 Pfund, innere Organe gesund. Der Schall über den Lungen ist überall hell, die Atmung frei, die Herzdämpfung etwas veringert, die Herztöne sind rein, leise, der Puls mäßig gespannt, im Augenblick der Untersuchung etwas beschleunigt, die Ellenbogenschlagader pulsiert eben sichtbar. Urin frei. Die Reflexe sind teilweise gesteigert, derjenige des großen Brustmuskels ist sehr lebhaft, der Kniesehnenreflex etwa der Norm entsprechend, an den Armen nur geringe Sehnen- und Knochenhautreflexe. Deutliches Zittern beim Lidschluß, wenig Schwanken bei geschlossenen Augen. Die Empfindlichkeit ist auf der ganzen rechten Körperhälfte deutlich herabgesetzt, so daß Berührungen mit spitzen oder stumpfen Gegenständen, dito mit warmen oder kalten auf der rechten Körperseite ungenauer unterschieden werden als auf der linken. Dagegen ist die Empfindlichkeit gegen den elektrischen Strom rechts größer als links. Die Grenze der erwähnten Empfind-

lichkeitsstörungen wird durch die Medianebene des Körpers gebildet. Während der Untersuchung tritt ein leichter Schweißausbruch an verschiedenen Stellen der rechten Körperhälfte auf, besonders an der rechten Stirn- und Brusthälfte. Das Probefrühstück ergibt als Gesamtacidität 45. Der Kopf wird etwas nach der rechten Seite geneigt gehalten und augenscheinlich jede Bewegung in den Wirbelgelenken der Halswirbelsäule vermieden, auf dahingehende Aufforderung erfolgen indessen die Drehungen des Kopfes um sämtliche Axen ohne Schwierigkeiten. Der Gang ist taumelnd, der Verletzte hat Neigung nach vornüber zu fallen und hält sich häufig an den verschiedensten Gegenständen fest. Die geistigen Fähigkeiten sind im allgemeinen unversehrt, wenn auch eine gewisse Wunderlichkeit nicht zu verkennen ist. Das ganze Wesen trägt den Stempel des Gespreizten und Gemachten. Alle Klagen werden mit tiefer, dröhnender Stimme vorgetragen. Bei der Erzählung seines Unfalles verweilt der Verletzte mit Vorliebe und gerät dabei häufig in aufgeregte und weinerliche Stimmung.

Diagnose: Unfallshysterie.

Die Behandlung bestand in Bädern, Massage, Elektrizität, Magenausspülungen und medico-mechanischen Uebungen. Das Befinden besserte sich allmählig, das Körpergewicht nahm zu. Der Verletzte gab an, sich an manchen Tagen besser zu fühlen, an andern sei das Befinden wechselnd. Bei der Entlassung klagte er noch über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, Appetit sei besser, das Gehen nicht

mehr so beschwerlich, beim Bücken werde ihm schwarz vor den Augen. Die Untersuchung bei der Entlassung ergab keine Änderung der allgemeinen Verhältnisse, doch war der Gang bedeutend freier und leichter, sodaß der Verletzte längere Strecken ohne jede Anstrengung gehen konnte. Die schiefe Kopfhaltung war verschwunden. Er wurde unter Befürwortung einer Rente von 50% entlassen.

Fall IV. Wilhelm B. aus H., Korbwarenhändler, 45 Jahre alt, erhielt im Frühjahr 1905 einen Stoß mit einer Wagendeichsel in die Magengegend und fiel dabei zur Erde. Unbestimmte ziehende Schmerzen, die er nach dem Fall im Körper, namentlich in den Gliedern verspürte, wurden mit Einreibungen behandelt. Die Schmerzen schwanden, es blieb nur ein Druckgefühl im Magen; dieses, das Patient auf den erlittenen Stoß zurückführt, wurde allmählich größer, steigerte sich zu Schmerzen, dazu gesellte sich Abgespanntheit im ganzen Körper, leicht auftretendes Ermüdungsgefühl, so daß B. vom Geschäft fern bleiben mußte. Da auch Appetitslosigkeit eintrat, hin und wieder auch Erbrechen, glaubte Patient, er sei von dem Unfall magenkrank geworden und ging in das Städtische Krankenhaus zu H., um sich auf Magenkrebs untersuchen zu lassen. Dort wurde jedoch festgestellt, daß der Magen sowie seine Funktionen gesund seien. B. war beruhigt und versuchte seinem Erwerb wieder nachzugehen, die Magenbeschwerden wichen während einiger Wochen, es stellte sich aber ein Gefühl von Lähmung in den Armen und Beinen ein, so daß er nur wenige Schritte gehen konnte. Zu einer Be-

schäftigung konnte er sich bald gar nicht mehr aufraffen, da ununterbrochen eine große Mattigkeit auf ihm lastete. — Der Status gibt absolut keinen Anhalt für eine organische Veränderung. Der Körper ist kräftig gebaut, gut genährt, die Brust ist breit und gut gewölbt, die inneren Organe gesund, ebenso die Sinnesorgane. Die Reflexe entsprechen der Norm, es besteht kein Anhalt für ein zentrales oder peripheres organisches Nervenleiden. Nicht einmal die Prüfung der Sensibilität ergibt etwas Abnormes. Ein psychischer Defekt besteht nicht, doch neigt Patient immer zu trübseliger Stimmung, weil er, wie er angibt, nichts verdienen kann.

Man müßte nach dem Befund den Patienten für einen Simulanten halten, wenn nicht ein einziges unzweideutiges Symptom bestände. Wenn man ihn auffordert, etwa sechsmal die tiefe Kniebeuge oder ähnliche forcierte Bewegungen auszuführen, so findet ein starker Schweißausbruch statt, der genau links von der Medianebene die ganze Körperhälfte befällt. Der Puls steigt dabei auf ca. 110, um gleich wieder zur Norm zu sinken, sobald Patient wieder ruhig sitzt oder steht.

Der Patient wurde einer Heilanstalt überwiesen, wo er aber, da er wenig vermögend war, nur kurze Zeit aushielt. Er beschäftigte sich seitdem damit, Körbe, die seine Frau flocht, mit bunter Farbe zu streichen, was ihm täglich etwa 40 Pfennig Verdienst einbrachte.

Würde dieser Patient bei seiner absolut einwandfreien körperlichen Beschaffenheit entschädigungsberechtigt gewesen sein, so würde man nicht anstehen

können, ihn für einen Simulanten zu erklären, hätte er nicht, ähnlich wie im Fall III, das einzige objektive, aber untrügliche hysterische Symptom, den einseitigen Schweißausbruch, aufgewiesen.

Die Tendenz der Arbeit ergibt sich von selbst. Aufgabe des Arztes ist es, in keinem Falle von Unfallshysterie, wenn ein Entschädigungsanspruch damit verbunden ist, schematisch und von vornherein Simulation anzunehmen, sondern zu prüfen, was an den vorgetragenen Beschwerden echt ist. Auch bei Fehlen einwandfreier objektiver Symptome dürfen rein subjektive Symptome nicht außer Erwägung bleiben. Die Parallele der Unfallshysteriker mit andern Nervenkranken schärft das kritische Urteil und schützt diagnostisch und therapeutisch vor Mißgriffen.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Schuchardt-Gehlsheim für die Anregung zu derselben auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Georg Friedrich Wilhelm Müller, evangelisch, wurde am 9. Juni 1870 als Sohn des Kaufmannes Johannes Müller zu Halberstadt am Harz geboren. Seine Schulbildung genoß er auf dem Kgl. Domgymnasium zu Halberstadt, an dem er auch das Abiturientenexamen bestand. Darauf bezog er zum Zweck medizinischen Studiums die Universitäten Berlin, Greifswald, wo er die ärztliche Vorprüfung, und zuletzt Rostock, wo er die Staatsprüfung bestand. Während der Studienzeit besuchte er unter andern die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren:

Waldeyer, O. Hertwig, Du Bois-Reymond, Munk, Rubner, Mendel, Virchow, Landois, Albert Thierfelder, Langendorff, Schuchardt, Barfurth, Kobert, Martius, Pfeiffer, Peters, W. Müller, Scheven, Ehrich, Büttner.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.